

Mejora del acceso a y uso de los antimaláricos

Índice

1	Introducción	2
2	Metodología	4
2.1	Sensibilización (concientización del pueblo de la importancia de la cuestión y colocarla en su agenda de salud)	4
2.2	Determinación de problemas relacionados con el acceso a y uso apropiado de los antimaláricos	4
2.2.1	Metodología para estudios sobre el acceso a y el uso de los antimaláricos	5
2.3	Mejora de adquisiciones antimaláricas y gestión de la cadena de suministro	6
2.4	Mejoras en políticas para dispensación y uso	6
2.4.1	Metodología para estudios de adherencia	7
2.5	Sistema de vigilancia de la disponibilidad y prácticas de prescripción y dispensación de drogas antimaláricas	8
3	Resultados	9
3.1	Estudios de acceso a y consumo de medicamentos	9
3.2	Estudios de adherencia	13
4	Medidas tomadas	15
4.1.1	Mejora de procesos de adquisición y distribución de antimaláricos	15
4.1.2	Mejoras en políticas de dispensación y uso	16

1 Introducción

Los cambios en las pautas terapéuticas en los países impulsaron a RAVREDA-AMI a que promoviera las líneas de trabajo relacionado con la mejora de la disponibilidad de las drogas antimaláricas y su uso por los prescriptores y los pacientes. La gestión farmacéutica surgió rápidamente como una de las líneas de trabajo más importantes.

Los cambios rápidos en las pautas terapéuticas llevó a un enfoque sobre cómo ejecutarlas que a su vez reveló graves deficiencias en la adquisición, distribución, calidad y uso de los antimaláricos en los programas de control. El programa de gestión farmacéutica racional (*RPM Plus*) de Management Sciences for Health, junto con la OPS, apoyó los programas de control de malaria en los países amazónicos al evaluar y fortalecer los sistemas de gestión farmacéutica de los países para mejorar la disponibilidad y el uso de los antimaláricos en la Región. De 2004–2006, RAVREDA también apoyó actividades para estudiar la adherencia de pacientes a tratamientos antimaláricos y promover mejoras en prácticas relacionadas con la prescripción y la distribución de antimaláricos.

El abordaje que se desarrolló en este componente, con apoyo de la AMI (*Amazon Malaria Initiative*), consiste en cuatro fases superimpuestas en varios momentos, ya que los ocho países se están adelantando a diferentes velocidades (véase la figura a continuación). En un estadio de sensibilización inicial, se alentó a los programas contra la malaria a que examinaran los asuntos relacionados con el acceso y el uso de drogas para incluir el tema en la agenda de ministerio de salud de los países respectivos.

En esta **primera fase**, se celebraron dos sesiones internacionales con la participación de los CDC, de la OPS y del programa *RPM Plus* de Management Sciences for Health (MSH).

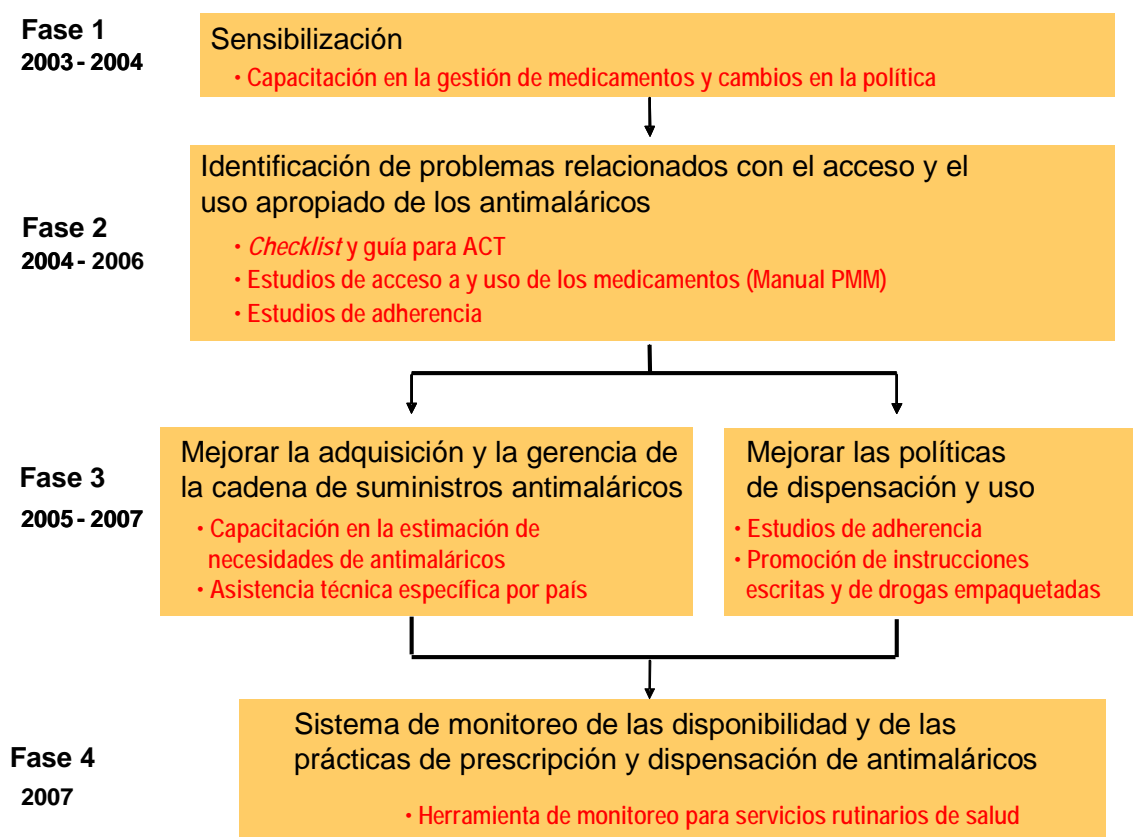
La identificación de los problemas relacionados con el acceso a y el uso de los antimaláricos constituye **otra fase** del proceso. Ésta empezó en el 2004 con algunos estudios preliminares sobre la adherencia y las prácticas de gestión de casos y se materializó aún más en el 2005 y el 2006 con la ejecución de una metodología elaborada por *RPM Plus*/MSH para evaluar el acceso a y uso de los antimaláricos. Los estudios de adherencia fueron importantes para aumentar el interés en esta cuestión dentro de los programas de control. Se encontraron problemas del uso indebido de los antimaláricos vinculados a las prescripciones mal preparadas. Varios estudios que usaron otros abordajes cuantitativos y cualitativos complementaron este diagnóstico de situación en algunos países. Como parte de esta fase de diagnóstico de situación, también se promovió el uso de pautas para ejecutar los ACT y una lista de verificación de los diferentes componentes del ciclo de gestión de drogas.

La **tercera fase** consiste en la promoción de la aprobación de medidas para mejorar tanto el acceso y como el uso de los antimaláricos. Incluido en esta fase son actividades orientadas a fortalecer la proyección de necesidades farmacéuticas y el diseño y aprobación de estrategias para lograr la buena adherencia de los pacientes a los nuevos regímenes para el

tratamiento de malaria no complicada por *P. falciparum* y el tratamiento de malaria por *P. vivax* (es decir, medidas como el uso de drogas empaquetadas e instrucciones escritas).

La vigilancia es la **cuarta fase final** del proceso. El objetivo de esta fase es promover la aprobación de la vigilancia sistemática de la gestión de drogas y el cumplimiento con los procedimientos de prescripción y dispensación de drogas por los sistemas de atención de salud. La propuesta incluye un instrumento simplificado para aumentar la eficacia de la supervisión de redes de atención de salud (véase el [formulario](#)), otro instrumento de registro de inventarios, y medidas para aprovechar al máximo el sistema de información de malaria como un instrumento de monitoreo y gestión.

Figura 1:
Abordaje de AMI parar mejorar el acceso a y el uso de las drogas antimaláricas



2 Metodología

2.1 Sensibilización (concientización del pueblo de la importancia de la cuestión y colocarla en su agenda de salud)

El primer paso relacionado con AMI se tomó en el 2003 con un taller en Guayaquil, Ecuador, coordinado por los CDC y apoyado por *RPM Plus*/MSH, USP/DQI y la OPS. El taller abordó el proceso de cambio en las políticas antimaláricas y las cuestiones que había de considerar para su aplicación eficaz. Junto con los países fueron examinados el ciclo de la política, la función de los diferentes interesados y los determinantes para la ejecución, incluidas la disponibilidad y el uso de los medicamentos. En el taller de Guayaquil también se promovió el uso de una matriz electrónica para ayudar al nivel central a que identificara los problemas en los diferentes procesos del ciclo de la política y propusiera soluciones de concretas. Se vinculó el instrumento electrónico con ejemplos y recuadros múltiples para observaciones, con secciones que contenían las principales recomendaciones de la OMS¹ sobre cada aspecto del ciclo.

En octubre del 2004, *RPM Plus*/MSH organizó un taller en Lima, Perú, sobre la *Gestión de drogas y los suministros esenciales para programas de control de malaria en la Amazonía*, con apoyo de USAID-Perú, OPS, CDC y USP/DQI. Participaron en el Taller representantes de los ministerios de salud de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Venezuela. El objetivo fue introducir los conceptos fundamentales de la gestión farmacéutica, específicamente para la malaria, y empezar a fortalecer la capacidad de los países de AMI de administrar más eficazmente los medicamentos antimaláricos mediante la selección racional, la adquisición prudente, la distribución eficaz y el uso apropiado. El taller también introdujo metodologías para evaluar la gestión de drogas y calcular las necesidades. Se abarcaron estos temas con mayor detalle posteriormente durante los talleres proyectados.

2.2 Determinación de problemas relacionados con el acceso a y uso apropiado de los antimaláricos

Como seguimiento al taller de Lima, el programa *RPM Plus* de MSH y la OPS llevaron a cabo un segundo taller en julio de 2005 para capacitar a funcionarios de programas de control de malaria de los países en el uso de la herramienta de evaluación de la gestión farmacéutica para malaria (PMM). Participaron en el taller los representantes de los ocho países, incluido Surinam, que ya había realizado con *RPM Plus*/MSH una evaluación de la disponibilidad y el uso en febrero del 2005 y por lo tanto podía compartir su experiencia y enseñanzas extraídas con los otros países. Después del taller en 2005 y 2006, AMI alentó a los países a que realizaran estudios sobre la disponibilidad y uso de medicamentos de la

¹ Organización Mundial de la Salud 1994. *Políticas sobre Medicamentos Antimaláricos: Necesidades de información, tratamiento de la malaria no complicada y manejo de la malaria en el embarazo. Informe de una reunión de consulta oficioso*. Ginebra 1994. WHO/MAL/94.1070.

malaria en sus programas, usando la metodología descrita en el manual de PMM. Los estudios sobre el acceso y uso fueron coordinados por el ministerio de salud de los países respectivos, con la participación de algunos de los centros colaboradores de RAVREDA para la vigilancia de la resistencia a los antimaláricos. *RPM Plus/MSH* brindó asistencia técnica adicional a los coordinadores del estudio, nuevamente basado en las necesidades propias del país. Durante esta fase, se realizaron estudios en Colombia, Ecuador, Bolivia, Guyana y Surinam, además de un estudio piloto en Venezuela. También se realizaron estudios adicionales en Ecuador, Guyana, Perú y Suriname sobre la calidad de atención y la gestión de medicamentos en las unidades de salud, usando otras metodologías.

Durante los primeros años de AMI, se complementó el diagnóstico de situación sobre el acceso a y el uso de los antimaláricos con experiencias iniciales de evaluación de la adherencia. Estas evaluaciones se llevaron a cabo en Colombia, Ecuador, Bolivia, Venezuela y Surinam. Los resultados mostraron el problema de no adherencia entre los pacientes a las pautas de tratamiento en uso en la Región para malaria por *P. vivax* y al tratamiento de la primera línea de malaria por *P. falciparum* en algunos países (Colombia, Venezuela, Surinam). Además de la adherencia deficiente, estos estudios iniciales descubrieron deficiencias importantes en las publicaciones relacionadas con el acceso a y la prescripción y dispensación de antimaláricos.

2.2.1 Metodología para estudios sobre el acceso a y el uso de los antimaláricos

El Manual de PMM presenta una metodología para evaluar la gestión de las drogas antimaláricas al evaluar su disponibilidad y uso y al producir medidas objetivas, llamadas indicadores, para identificar las fortalezas y debilidades en el sistema. La evaluación usa datos retrospectivos (históricos) y anticipados (del futuro inmediato) recopilados mediante técnicas tanto cualitativas como cuantitativas. El manual y su guía acompañante de recopilación de datos proporcionan instrucciones generales y herramientas ilustrativas. Se espera que los países adapten las herramientas y los indicadores correspondientes a base su contexto y necesidades específicas.

El Manual de PMM consiste en dos estudios complementarios sobre medicamentos, uno sobre la disponibilidad y otro sobre el consumo:

- La finalidad de los *estudios de disponibilidad* es determinar el grado al cual los medicamentos recomendados para el tratamiento de la malaria están disponibles y evaluar los factores determinantes clave de la disponibilidad. Se recopilan datos de los establecimientos de salud pública de los ministerios de salud (por ejemplo, depósitos de suministros médicos, de hospitales y de consultorios), de establecimientos de salud formales del sector privado y de proveedores farmacéuticos. Se utilizan tres técnicas de recopilación de datos para el estudio sobre la disponibilidad: documento de exámenes, entrevistas estructuradas y controles del inventario físico.
- La finalidad de los *estudios de consumo* de medicamentos es examinar las prácticas de prescripción y dispensación de antimaláricos y evaluar sus repercusiones clínicas y en términos de costos. Este estudio usa técnicas de recopilación de datos tanto retrospectivas como prospectivas. Se recopilan los datos retrospectivos al

examinar los expedientes médicos en las instalaciones públicas y privadas. Se recopilan los datos anticipados mediante la observación directa y las entrevistas por encuestas hechas a la salida de los pacientes de las instalaciones públicas y privadas, así como mediante compras simuladas hechas en proveedores farmacéuticas.

2.3 Mejora de adquisiciones antimaláricas y gestión de la cadena de suministro

En el curso de colaborar con los países, se identificó la planificación de la adquisición de drogas como un área débil en varios programas de control de malaria. En algunos de los países, el proceso de adquisición se caracteriza por métodos deficientes de cuantificación, oportunidades de adquisición perdidas, precios altos en relación con los promedios internacionales, una falta de precalificación por parte de los fabricantes y la falta de prácticas sistemáticas para controlar la calidad de los lotes adquiridos.

Para adelantar mejoras en los procesos de adquisición de drogas en los países, y, así abordar algunos de sus problemas con relación a la disponibilidad, *RPM Plus/MSH* llevó a cabo un taller en agosto 2006 en Santa Cruz, Bolivia, sobre métodos para la cuantificación de antimaláricos y otros suministros. El taller destacó la importancia de la cuantificación como un paso esencial en el proceso de adquisición y la necesidad de datos fidedignos sobre la distribución de casos de malaria, índices de consumo pasados y el estado del inventario.

2.4 Mejoras en políticas para dispensación y uso

La promoción de mejores políticas mejor para la dispensación y uso de los antimaláricos es otra cuestión en la cual ha trabajado RAVREDA-AMI, junto con el fortalecimiento de la proyección de las necesidades. Estos compromisos constituyen la tercera fase del proceso. Un paso importante para realizar mejoras en las prácticas de dispensación de los antimaláricos en varios países de la Región ha sido la introducción de tratamientos empaquetados para la malaria por *P. falciparum* (Surinam, Guyana, Brasil y Colombia). De manera análoga, RAVREDA-AMI ha apoyado estudios sobre adherencia de los pacientes al tratamiento para identificar deficiencias en las pautas actuales, en los programas contra la malaria y en la prescripción y dispensación, así como para evaluar la eficacia de las medidas que podrían ser adoptadas por los programas de control para mejorar el uso de los antimaláricos por parte de los pacientes (instrucciones escritas, el uso de *blisters* para malaria por *P. vivax*, etc.).

En el 2005, dentro del marco de RAVREDA-AMI, se llevó a cabo una reunión en Caracas, Venezuela, con el objetivo de elaborar una metodología para abordar el problema de la adherencia de los pacientes al tratamiento. Uno de los resultados de esta reunión fue un acuerdo sobre una estrategia para mejorar la adherencia, al promover mejores normas y prácticas para la prescripción y dispensación de los antimaláricos. En este contexto, se usarían los estudios de adherencia como base para crear mejores políticas de tratamiento,

complementados por los estudios de consumo de drogas en los cuales se podría evaluar el cumplimiento de aquellas políticas. Con este objetivo, se desarrolló una guía para ayudar a los programas de control de malaria a que lleven a cabo estudios de adherencia. Los protocolos de adherencia están propuestos principalmente para medir la adherencia de los pacientes a las pautas oficiales de tratamiento recomendadas por los programas de control de los países; por consiguiente, el protocolo incluye medidas (intervenciones) para asegurar la prescripción adecuada de los medicamentos. El complemento de este enfoque, y quizás el componente más importante, es el monitoreo del cumplimiento con las políticas por los servicios de salud (punto 1.1.1.3.5).

2.4.1 Metodología para estudios de adherencia

En los estudios realizados dentro del marco de RAVREDA-AMI para medir la adherencia de los pacientes al tratamiento antimalárico, se prioriza el abordaje cuantitativo. Se basa en un cuestionario sobre cómo los pacientes tomaron el tratamiento administrado en su hogar al final del tratamiento, la consulta y sobre la comprobación del número de comprimidos que sobraron. Los pacientes reconsultaron al personal de salud en la unidad de salud respectiva. Al fin del trabajo cada día, el equipo del estudio elegía a los pacientes que satisfacían los criterios de selección a base de su registros de atención de salud. Vieron a los pacientes en su casa el día después del fin de su tratamiento y los preguntaron si querían participar en el estudio. Durante esta visita, se administró un cuestionario para identificar fracasos de adherencia, y se determinó si había comprimidos sobrantes. En algunos países, se incluyen preguntas sobre las posibles causas del fracaso de la adherencia. Finalmente se clasifica el fracaso de la adherencia según una clasificación estándar basada en las experiencias en otras regiones (véase Fogg).

La metodología garantiza el cumplimiento de dos preceptos básicos:

- (1) que se dispense el tratamiento total y
- (2) que las prácticas de prescripción cumplan con las normas oficiales.

En un examen posterior de las recomendaciones, también se acordó incluir un registro escrito de la prescripción. En general, las actividades al comienzo del proyecto—la mayoría durante el 2004—no lograron controlar las condiciones bajo las cuales se prescribieron y dispensaron los medicamentos. Se informó al personal sanitario del estudio pero no hubo ninguna intervención para garantizar que las drogas fueran prescritas a los pacientes de manera adecuada ni que se mantuviera un registro escrito de la prescripción. Como resultado, la mayoría de estos estudios tenían un número significativo de pacientes que no se podían considerar en el estudio de adherencia porque no habían recibido instrucciones adecuadas. Había situaciones parejas en las cuales los pacientes en el estudio no recibieron el régimen total. En el sentido estricto, muchas de estas evaluaciones de RAVREDA-AMI caben más en la categoría de estudios de uso; en efecto, produjeron resultados muy interesantes sobre deficiencias en prescripción y dispensación de drogas.

2.5 Sistema de vigilancia de la disponibilidad y prácticas de prescripción y dispensación de drogas antimaláricas

En el abordaje desarrollado por RAVREDA-AMI al acceso a y uso de los antimaláricos, se consideró durante la última fase el diseño y puesta en práctica de un sistema de vigilancia de condiciones y tratamiento, de la disponibilidad de los antimaláricos y de suministros diagnósticos esenciales y el cumplimiento con las pautas nacionales de diagnóstico y el tratamiento.

Se ha integrado gradualmente el tratamiento antimalárico en la Amazonía a la red de servicios de salud, pero el problema se continúa a abordar en gran parte en los puestos de salud rurales. En este contexto, muchos programas de control de malaria han mantenido la supervisión regular por la red de puestos de diagnóstico; sin embargo, aunque estas actividades generalmente implican un gran esfuerzo operacional—especialmente en áreas de una densidad poblacional más baja—no equivalen a un sistema de vigilancia. No se usan formularios estandarizados en las visitas, no hay ninguna variable predefinida para el registro y no hay ninguna rutina preestablecida para manipular la información. Los datos no se analizan metódicamente ni se consolidan para el análisis.

Posteriormente, basado en las experiencias obtenidas mediante los estudios de RAVREDA-AMI de acceso a y uso de antimaláricos y con miras a colocar el tema en el programa permanente de programas de control, se desarrolló una metodología sencilla para monitorear la disponibilidad de antimaláricos y de materiales de diagnóstico así como el cumplimiento de tratamientos de malaria a las pautas oficiales de vigilancia.

El abordaje propuesto incluye la creación de una jerarquía de entidades de supervisión y análisis y la ejecución de tres mecanismos para la recopilación de información complementaria que se puede verificar. Esencialmente, la meta es usar los canales de vigilancia y comunicación, así como las rutinas de trabajo ya existentes que hasta ahora no han sido estructurados para permitir el uso sistemático de la información. La estrategia se basa en el desarrollo de un sistema de supervisión que establece responsabilidades y procedimientos a los diferentes niveles de los servicios de salud para analizar periódicamente los aspectos operativos del tratamiento y de la red de diagnóstico.

Los mecanismos de recopilación de datos constan de:

- La sistematización de la evaluación de los puestos de diagnóstico de la malaria mediante el uso de un formulario de notificación simplificado durante las visitas de supervisión.
- La generación de un informe periódico sobre drogas y suministros, a ser completado por el mismo puesto de diagnóstico; el informe se remitiría con las láminas para control de calidad o con la información de morbilidad.
- El establecimiento de rutinas de análisis al usar las variables existentes relacionadas con el manejo del diagnóstico y el tratamiento en los sistemas de información de morbilidad por malaria y la promoción de un análisis conjunto de la supervisión y de los datos epidemiológicos.

Durante el primer trimestre del 2007, se llevarán a cabo experiencias para validar el instrumento nuevo.

3 Resultados

3.1 Estudios de acceso a y consumo de medicamentos

Entre 2005 y 2006, con apoyo técnico de *RPM Plus/MSH*, los programas de control de malaria de Surinam, Colombia, Bolivia y Ecuador llevaron a cabo estudios sobre la disponibilidad y uso de los antimaláricos usando la metodología y las herramientas correspondientes del Manual de PMM. Se llevó a cabo una prueba piloto en Venezuela. Esta sección destaca los resultados más notables de estos estudios. Los Cuadros 1 y 2 resumen los resultados de los estudios.

Cuadro 1:
Otros estudios de acceso a y uso de los antimaláricos (Guyana y Perú)

Acceso a y uso de los antimaláricos por mineros en Guyana, 2005: Se llevó a cabo un estudio para evaluar el acceso a y el uso de los medicamentos antimaláricos entre los mineros. El Programa Nacional de Control de Malaria, la Comisión de Geología y Extracción de Oro (<i>Geology and Gold Mining Commission / GGMC</i>) y la Asociación de Mineros de Oro y Diamantes de Guyana (<i>Guyana Gold and Diamond Miners Association / GGDMA</i>) trabajaron juntos sobre el diseño del estudio. La población blanco fueron los mineros de oro de diamantes que vivían en campamentos en las regiones 1, 7 and 8.	
KAP	Sólo el 11.3% puede reconocer las primeras síntomas de malaria.
IEC: Mejores medios para brindar información sobre malaria.	(a) Comunicación oral identificada por un 42.5% de los mineros.
	(b) Afiches informativos colocados en centros de salud y en tiendas identificados por un 25.1%.
	(c) Medios electrónicos identificados por un 13% (televisión, videos, DVDs)
Diagnóstico	37.6% auto-diagnóstico
Tratamiento	(a) Un 44.2% no saben del tratamiento apropiados para <i>P. falciparum</i>
	(b) Un 53.6% no saben del tratamiento apropiados para <i>P. vivax</i>
	(c) Un 90.5% no saben del tratamiento apropiados para <i>P. malariae</i>
	(d) Un 79.6% no saben del tratamiento apropiados para <i>Plasmodium spp mixta</i>
	Sólo es disponible aa monoterapia con Artemisinina a un 43.1% de los mineros.
	Sólo un 19% de los medicamentos antimaláricos vienen de los servicios de salud pública (PHS)
	Un 46.7% recibió tratamiento antimalárico de un amigo/jefe o de una tienda local.
	Un 56.2% recibió monoterapia con artesimina para tratar su malaria durante los últimos seis meses.
Comunicación	(a) Un 80.9% fue dispuesto a participar en el estudio.
	(b) Los mineros tienen viviendas fijas separadas de los campamentos.
	(c) Un 55.1% visitan su casa cada 1–3 meses.

Herramienta de evaluación rápida de la malaria (Malaria Rapid Assessment Tool / MaIRAT), 2006, Guyana:

La OPS, RPM Plus/MSH, y el Programa Nacional de Control de Malaria desarrollaron esta herramienta de evaluación rápida de la malaria. Fue diseñada para identificar deficiencias específicas en la cadena de suministros para facilitar la integración del programa vertical, incluyendo el sistema de suministros y medicamentos antimaláricos al los servicios regionales de salud, atención primaria (RHS/PHC). Los *resultados principales* incluyeron: la ausencia de formularios para pedidos repetidos (CRIVs) y registros de inventario al nivel de la instalación; falta de conocimiento sobre el uso del formulario CRIV y los registros de inventario; funciones y responsabilidades mal definidas; falta de supervisión; definición y comprensión inadecuadas del ciclo de pedidos repetidos; malas prácticas de almacenaje y malas estándares a nivel de la instalación; e integración mínima de medicamentos y suministros antimaláricos con otros medicamentos y suministros esenciales. La *conclusión general* fue que, un año después del mandato de integración, todavía hubo brechas y una falta de definición clara de los papeles respectivos por parte de los RHS y los VCS.

Evaluación de la implementación de terapias de combinación con mefloquina-artesunato y sulfadoxina-pirimetamina`- artesunato para infecciones por *Plasmodium falciparum* en Iquitos-Loreto y Piura, Perú, 2003–2004 (Proyecto WATCHMAN), Centros de Investigación Médica de la Marina de los Estados Unidos (NMRCDC) en Lima, Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH), los Departamentos de Salud de Piura II y Loreto, y los CDC en Atlanta.

Objetivos: Evaluar los aspectos de la implementación de la TCDA relacionados con el cumplimiento del paciente, la aceptabilidad del trabajador de salud y las preferencias de los pacientes, la eficacia de capacitaciones para personal sanitario y de programas de educación sanitaria, las reacciones adversas a los medicamentos (ADRs) a SP-COMO y MQ-S y la disponibilidad de la terapia de combinación en el sistema de salud. La *metodología* se basó en instrumentos cualitativos y cuantitativos. Deben observarse los siguientes *resultados*:

- Un 87% a un 93% de los pacientes aceptaron y cumplieron con el tratamiento.
- Un 23-% a un 30% del personal sanitario no administró TSD.
- Un 81% de los pacientes diagnosticados con malaria por *P. falciparum* recibió la dosis adecuada para su peso (*efectividad de la capacitación*).
- Un 90% del personal sanitario explicó los efectos de los antimaláricos/ADRs a los pacientes.
- De todos los establecimientos de salud evaluados, un 40% carecía de drogas, principalmente el artesunato, por lo menos una vez durante las cuatro visitas programadas.

Cuadro 2: Estudios de acceso a y uso de los antimaláricos basados en la gestión farmacéutica para la malaria (*Pharmaceutical Management for Malaria / PMM*) de RPM Plus, 2005–2006

Componente	Nivel	Indicador	Bolivia	Colombia				Venezuela	Ecuador			
				Central	Antioquia	Córdoba	Nariño		Central	Esmeraldas	Manabi	El Oro
Acceso	Nacional	% del precio internacional promedio pagado	110	800.4	N/A	N/A	N/A	102	300	N/A	N/A	N/A
	Almacenes nivel nacional y departamental	% de antimaláricos disponibles	57	88.9	66.7	44.4	0	92.2	41.2	33.6	48	42
		% de tiempo de desabastecimiento de antimaláricos	46	16.5	26.2	45.8	--	--	62	78.1	56	50
		% de registros que corresponden con conteos físicos	83	88.9	77.8	0	--	--	60.4	72.2	73	39
	En almacenes a nivel local	% de antimaláricos disponibles	--	N/A	37.0?	N/A	77.7	--	N/A	33.9	48	42.3
		% de tiempo de desabastecimiento de antimaláricos	--	N/A	29.9?	N/A	8.5	--	N/A	78.1	55.5	50.3
		% de registros que corresponden con conteos físicos	--	N/A	5.5?	N/A	77.8	75	N/A	72.2	73.5	39
	En unidades de atención	% de antimaláricos disponibles	78 (I) 47 (II)	N/A	68.4	51.9	57.4	65	N/A	33.6	48	42
		% de tiempo de desabastecimiento de antimaláricos	--	N/A	17	16.1	0.04	--	N/A	78.1	56	50
		% de unidades de atención con registro de kardex	24	N/A	--	--	--	33.3	N/A	--	--	--
		% de registros que corresponden con conteos físicos	--	N/A	20	3.4	64.4	67.5?	N/A	72.2	73	39

Componente	Nivel	Indicador	Bolivia	Colombia				Venezuela	Ecuador			
				Central	Antioquia	Córdoba	Nariño		Central	Esmeraldas	Manabí	El Oro
Uso	Unidades de atención	% de unidades de salud con guía de atención	--	N/A	100	6.7	100	42.3	N/A	95	95	98
		% de trabajadores de salud con guía de atención	96	N/A	--	--	--	--	N/A	--	--	--
		% de consultas con tratamiento consistente con la guía	90	N/A	92.2	61.4	65.6	89.4	N/A	85	73	89
		% de consultas con prescripciones con cantidades suficientes de medicamentos	91	N/A	92.9	57.2	96.9	98.8	N/A	93	74	89
		% medicamentos prescritos que fueron dispensados	90	N/A	100	89.3	100	98.8	N/A	*1	*1	*1
		% de pacientes que podrían describir correctamente cómo tomar sus medicamentos	52	N/A	100	55	92.9	68.4	N/A	*1	*1	*1
		% de personal de salud que usa instrucciones escritas	51	N/A	--	--	--	--	N/A	--	--	--
		% de farmacias que proporcionan información sobre uso	--	N/A	--	57.1	92.9	--	N/A	10	12	0

(I) = primer nivel de atención

(II) = segundo nivel de atención

*1 = no realizado por bajo número de pacientes

3.2 Estudios de adherencia

Dentro del marco de RAVREDA-AMI, el problema de la adherencia se abordó por primera vez en el 2004 mediante evaluaciones llevadas a cabo en Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela. Estos primeros estudios fueron importantes para aumentar el interés en esta cuestión dentro de los programas de control. Encontraron problemas con el uso indebido de antimaláricos vinculados a prescripciones mal preparadas (Cuadro 3).

Cuadro 3: Estudio de adherencia, 2004

País	Lugar	Año	Especies	Medicamento	Control de prescripciones	Evaluado	Fracasos de adherencia		Con comprimidos sobrantes	Carencia de prescripción
							No	%		
Colombia	Tierralta	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 14 d	No	80	33/38	87	15/38	42
Colombia	Guapi	2004	<i>P. falciparum</i>	AQ/CQ+SP	No	32	9	28.1		5
Ecuador	Milagro	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 14 d	No	90	65	72.2	61	1
Ecuador	Milagro	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 7 d	No	90	11	12.2	11	0
Ecuador	Huaquillas	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 14 d	No	71	18	25.4	16	4
Ecuador	Esmeraldas	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 14 d	No	65	34	52.3	17	27
Ecuador	Esmeraldas	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 7 d	No	90	18	20.0	12	14
Bolivia	Guayaramerin	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 7 d	No	89	32	36.0	17	12
Bolivia	Riberalta	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 14 d	No	90	43	47.8	10	16
Venezuela	Tumeremo	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 7 d	No	51	6	11.8		
Venezuela	Tumeremo	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 14 d	No	51	8	15.7		
Venezuela	Atures	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 7 d	No	60	20	33.3		
Venezuela	Atures	2004	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 14 d	No	60	19	31.7		
Venezuela	Tumeremo	2004	<i>P. falciparum</i>	Q + PQ	No	57	10	17.5		
Venezuela	Atures	2004	<i>P. falciparum</i>	Q + PQ	No	60	22	36.7		
Suriname	Paramaribo	2004	<i>P. falciparum</i>	Coartem	No	39	2	5.1	2	0

Después de la sesión en Caracas y las nuevas recomendaciones que allí se hicieron para los estudios de adherencia, entre 2005 y 2006 Bolivia, Brasil, Colombia y Ecuador lograron avances al llevar a cabo nuevas evaluaciones de adherencia. Aunque no todos los estudios nuevos sobre las recomendaciones para controlar las prácticas de la prescripción incorporaron las nuevas clasificaciones, sin embargo los resultados fueron sumamente pertinentes (Cuadro 4).

Cuadro 4: Estudios de adherencia, 2005–2006

País	Lugar	Año	Especies	Medicamento	Control de prescripción	Evaluado	Fracasos de adherencia			Probablemente con adherencia
							<i>Sin adherencia</i>	<i>Probablemente sin adherencia</i>	<i>Fracasos de adherencia del % total</i>	
Bolivia	Guayaramerin	2005	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 7 d	¿Sí?	89	17	32	53.0	57
	Riberalta	2005	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 14 d	¿Sí?	90	10	43	57.8	47
Brasil	Bragança - Augusto Correia	2005	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 7 d	No	94	4		4.0	90
	Colniza	2005	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 7 d	No	115	8		8.0	107
	Tucuruí & Cachoeira do Piriá	2006	<i>P. falciparum</i>	Q(3d)+D(5d)	Sí	93	20	2	22.2	71
Colombia	Apartadó	2005	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 14 d	No	61	6	4	12.6	51
	Apartadó	2005	<i>P. falciparum</i>	AQ+SP	No	22	1	2	10.1	19
Ecuador	Esmeraldas, Sto. Domingo, Milagro, Machala	2005	<i>P. vivax</i>	CQ+PQ 7 d	Sí	101	20	20	39.8	61

4 Medidas tomadas

4.1.1 Mejora de procesos de adquisición y distribución de antimaláricos

- En Bolivia, con los resultados de los estudios sobre el acceso a y de uso de los antimaláricos, se preparó el *Plan Estratégico de Gestión de Drogas Antimaláricas*. El objetivo del proyecto fue proporcionar pautas estratégicas sobre la gestión de antimaláricos para apoyar las políticas del Programa Nacional de Control de Malaria observando las normas del Sistema Nacional Unificado de Drogas.
- En el Brasil, se llevó a cabo un taller sobre la gestión de antimaláricos en el 2006, contado con la presencia de los profesionales responsables de la garantía de suministro de antimaláricos en los estados amazónicos. El curso fue coordinado por la Oficina General de Coordinación del Programa de Control de Malaria del Ministerio de Salud, abordando los temas y usando los instrumentos desarrollados en los talleres regionales de RAVREDA-AMI.
- En Colombia, los participantes del taller de Lima repitieron el curso en dos regiones endémicas con las Secretarías Departamentales de Salud, estableciendo el uso de un instrumento de proyección de necesidades para antimaláricos basado en la metodología desarrollada con MSH.
- En el Ecuador, los NMES también adoptaron una metodología al nivel fundamental para la proyección de necesidades. La oficina coordinadora de RAVREDA en los NMES preparó una guía sobre buenas prácticas de almacenamiento de antimaláricos para proporcionar orientación a los niveles provinciales y locales en el mejor manejo de drogas; y en el 2006, hubo dos talleres sobre la gestión de drogas y las buenas prácticas de almacenamiento, asistido por gerentes locales del depósito central y por representantes de la oficina principal de los NMES.
- En Guyana, se determinó un nuevo canal de suministro de medicamentos, y se decidió tomar medidas para mejorar la adquisición, distribución y manejo de los antimaláricos. En el 2006, se usó información sobre morbilidad con el programa *Quantimed*, para calcular las necesidades de los antimaláricos. Se ofreció un curso de capacitación en el uso del software donde se impartió el uso del registro de pedidos de drogas y donde se prepararon materiales didácticos.
- El estudio sobre el acceso a y uso de los antimaláricos en áreas mineras promovió la elaboración de un plan de acción apoyado por un Memorando de Entendimiento en octubre 2006. Hasta la fecha, las empresas mineras se están inscribiendo para participar; y la primera empresa tiene un minero capacitado como microscopista en el Programa de Control de Malaria. Comenzará DG y TTO según las pautas de tratamiento. Se elaboró la estrategia de IEC y se están preparando materiales en inglés y en portugués.

4.1.2 Mejoras en políticas de dispensación y uso

- Introducción de un tratamiento empaquetado para la malaria por *P. falciparum* sin complicaciones (Coartem ®) en Guyana, Surinam y Brasil y como una intervención de alta repercusión en Colombia.
- Interés y participación del Ministerio de Salud de Brasil para la evaluación de la ejecución de una formulación farmacéutica de dosificación fija de la combinación MQ+ASU (Brasil).
- Uso de instrucciones escritas en el tratamiento de malaria por *P. vivax* (Ecuador).
- La ejecución de un régimen de CQ+PQ (7d) en Ecuador y en Colombia para el tratamiento de la malaria por *P. vivax*.
- En Guyana y Venezuela, se pidió la primaquina en *blisters* para mejorar la adherencia al tratamiento entre los pacientes.